

TRICOCEFALOSIS MASIVA INFANTIL

Drs. RENATO GAJARDO y ANTONIO ATIAS

Cátedra de Pediatría del Prof. Adalberto Sueger y Cátedra de Parasitología del Prof. Amador Neghme. Hospital "San Juan de Dios". Santiago.

La infección por *Trichuris trichiura* es frecuente en nuestro país, siendo su prevalencia similar a la que se presenta para el *Ascaris lumbricoides*. Como su frecuencia está influida por las condiciones climáticas, se explica que en el norte del país las tasas no sean superiores al 5% y que aumenten progresivamente hacia el Sur, hasta sobrepasar de 60% entre las provincias de Concepción y Chiloé.

En Chile, la infección por Tricocefalo es prácticamente siempre asintomática y, en consecuencia, en la mayoría de los casos no necesita tratamiento, lo que se explica por el escaso número de parásitos presentes en el intestino. En cambio, en los países tropicales se observan con relativa frecuencia infecciones masivas, produciéndose cuadros disintéricos a repetición, compromiso del estado general, anemia y prolapso rectal. Recientemente hemos observado en un niño el primer caso de infección masiva descrito en nuestro medio, por lo que hemos estimado de interés darlo a conocer:

CASO CLÍNICO

A comienzos de Junio del presente año, acude a la Policlínica del Hospital San Juan de Dios el niño J. A. G., de 5 años de edad, cuyos padres relataron que en los últimos 6 meses comenzó a presentar decaimiento, frecuentes diarreas muco-sanguinolentas con pujo y tenesmo, que en varias ocasiones se acompañaron de prolapso rectal, observando la madre en la mucosa, la presencia de "gusanitos". El prolapso era fácilmente reducible. El niño se veía apático, pálido, sin deseo de jugar y de desarrollo somático deficiente. No había estado enfermo antes y sólo se destacaba una clara geofagia.

Como la sintomatología se intensificara, acude al Hospital, comprobándose gran compromiso del estado general y palidez intensa, lo que nos decide a hospitalizarlo inmediatamente.

Al examen se comprueba un peso de 11.850 gramos (normal: 18.000 gramos) y una talla de 94,5 centímetros (normal: 104 centímetros) con pésimo estado general, decaído, afebril, mucosas pálidas, intensa anemia comprobada por hemograma, abdomen excavado, de paredes flácidas y discreto edema de las extremidades inferiores. El hemograma reveló una anemia de 2.700.000 eritrocitos y exámenes seriados de deposiciones demostraron la presencia de huevos de

Trichuris trichiura muy abundantes: el resto de los exámenes —incluso 2 coprocultivos— fueron negativos.

Se inicia ese mismo día tratamiento con dieta adecuada, hidratación parenteral, antibióticos y transfusiones sanguíneas. A pesar del tratamiento, se observa agravación en su cuadro disintérico, aparecen vómitos persistentes y empeora el estado general. Al quinto día, aparece sensibilidad difusa abdominal y constipación brusca, con ondas peristálticas en la parte alta del abdomen, por lo que se plantea el diagnóstico de obstrucción intestinal. Pese a las malas condiciones generales se interviene de urgencia, encontrándose una invaginación ileocólica, con tres perforaciones y peritonitis. El niño falleció 6 horas más tarde.

A la autopsia se comprueba peritonitis con alrededor de 300 centímetros cúbicos de líquido de seropurulento. El colon, de paredes engrosadas, aparecía hiperhémico y en toda su extensión, desde la válvula ileocecal hasta el recto, había una cantidad enorme e incontable de *Trichuris trichiura*. El resto de los órganos no revelaba lesiones de importancia. El informe histopatológico del colon reveló alteración degenerativa



Microfotografía. — Corte histológico de intestino. La mucosa no presenta reacción inflamatoria, llamando la atención una degeneración quística marcada. Obsérvese un parásito interesado en el corte.

superficial y erosiva de la mucosa, discreta dilatación quística de algunas glándulas e inflamación subaguda en la serosa. (Microfotografía).

Se trata, pues, de una colitis crónica recidivante, de 6 meses de evolución, cuya última crisis se acompaña de síntomas de abdomen agudo que obligan a una intervención quirúrgica, en la que se comprueba una invaginación intestinal, peritonitis y presencia de gran cantidad de *Trichuris trichiura*.

Para completar el estudio del caso, visitamos el domicilio del enfermo en la vecina localidad de Talagante. La familia está constituida por campesinos que viven con condiciones ambientales deficientes, careciendo de agua potable y alcantarillado. Comprobamos que el pozo negro queda retirado de la casa y, según la madre, no es raro que los niños defecuen a campo abierto. Una encuesta coprológica efectuada a los familiares del niño (3 adultos y 7 niños) con un examen cada tres días hasta completar un total de tres, demostró la presencia de enteroparásitos en todos ellos, menos en un adulto.

COMENTARIO

El presente caso tiene interés por ser el primero de infección masiva por *Trichuris trichiura* descrito en nuestro país. El cuadro clínico de la Tricocefalosis, con síndrome disentérico, anemia y compromiso importante del estado general, se presentó en este caso, como en los países tropicales^{2,3,4}.

Creemos que en nuestro enfermo es probable que se hayan conjugado una serie de elementos que determinaron la aparición de un cuadro clínico tan grave. En efecto, la desnutrición como elemento básico, las precarias condiciones higiénicas ambientales, el antecedente de defecación a campo abierto y la geofagia que presentaba, pueden haber sido factores desencadenantes de la extraordinaria intensidad de la afección. Es importante advertir que no encontramos lesiones imputables a otra enfermedad, y los hallazgos de laboratorio permitieron descartar otras causas etiológicas.

Las lesiones anatómicas en la Tricocefalosis, no son de importancia, reduciéndose a fenómenos de hiperhemia y compromisos por compresión de la mucosa intestinal⁴. Los estudios histopatológicos no son abundantes en esta afección y Hartz⁴ en sus casos, no encuentra signos inflamatorios y comprueba sólo compresión de las estructuras normales. Nosotros encontramos una alteración degenerativa superficial y erosiva de la mucosa. Es posible que el marcado déficit nutritivo de nuestro

enfermo, indudablemente asociado a deficiencias vitamínicas, pueda haber influido en la mayor intensidad de las lesiones del colon y en la extraordinaria abundancia de la infección. Las lesiones erosivas y la discreta dilatación quística glandular recuerdan las lesiones descritas en la pelagra⁵. Es bien sabido, que diversas carencias vitamínicas disminuyen marcadamente la resistencia a helmintiasis intestinales, como ha sido demostrado experimentalmente por diversos autores^{6,7}.

RESUMEN

Se describe un caso de infestación masiva por tricocéfalos en un niño de 5 años, procedente del medio rural. El cuadro clínico se caracterizó por diarrea disentérica, anemia y grave desnutrición. Presentó una obstrucción intestinal, por lo que fué intervenido quirúrgicamente, encontrándose una invaginación ileo-cólica, con 3 perforaciones y peritonitis purulenta. Falleció el mismo día de la operación y el examen necrópsico reveló incontables trichuris trichiura en el intestino grueso.

SUMMARY

MASSIVE TRICHIURIASIS IN CHILDHOOD.

A case of massive infection with trichocephalus in a 5 years old boy, coming from a rural place, is reported. The clinical picture was characterized by dysenteric diarrhea, anemia and severe malnutrition. He presented an intestinal obstruction that indicated a surgical operation, in which an ilio-colic invagination with 3 perforations and purulent peritonitis were found. The boy died in the same day of the operation and post-mortem examination revealed innumerable trichuris trichiura in the colon.

BIBLIOGRAFÍA

1. NEGHME, A. y SILVA, R. — Distribución y frecuencia de las enteroparasitosis en Chile (en prensa).
2. GETZ, L. — Massive infections with *Trichuris trichiura* in children. Am. J. Dis Child. 70:19, 1945.
3. WHITTIER, L.; EINHORN, W. H. y MILLER, J. F. — Trichuriasis in Children: Clinical survey of fifty cases and reports of three cases with heavy infection and striking clinical symptoms. Am. J. Dis. Child. 70:289, 1945.
4. HARTZ, PH. H. — Histopatología del colon en la tricocefalosis masiva en los niños. Arch. Venezolanas de Pueric. y Ped. 16:209, 1953.
5. ANDERSON, W. A. D. — Pathology. Masby Ed. St. Louis, 1948.
6. CUIBERTSON, J. T. — Immunity against animal parasites. Chapter II. Columbia University Press. N. Y. 1941.
7. PERLA, D. y MARMORSTON, J. — Natural Resistance and Clinical Medicine. Little Brown and Co. Boston. 1941.